

## Utilización de antidepresivos en pacientes ambulatorios del Hospital Policial

Trabajo original

### Resumen

*El presente es un estudio de consumo de anti-depresivos (AD) en el Hospital Policial de tercer nivel de atención.*

*El objetivo del trabajo es determinar el consumo de ad en el período enero 2010-diciembre 2014. Se trata de un estudio observacional y retrospectivo del consumo de AD. Se utilizó el método dosis diaria definida (DDD) por 1000 habitantes por día (DHD). El estudio incluyó los consumos de AD de pacientes ambulatorios en el período enero 2010-diciembre 2014. De los resultados se destaca que el valor total de DHD presentó un aumento del 8 %. Los AD más consumidos en el período estudiado fueron sertralina y fluoxetina. Se observó un incremento lineal significativo en el consumo de venlafaxina, citalopram, escitalopram y fluvoxamina. El consumo de AD en la población pediátrica disminuyó un 66 %. La medición del consumo de AD para el período enero 2010-diciembre 2014 proporciona un diagnóstico inicial de situación en el Hospital Policial.*

### Palabras clave

Antidepresivos  
Dosis diaria definida  
Depresión

### Summary

*This is a study of consumption of antidepressants (AD) at Hospital Policial, third level of healthcare. The objective of the work is to determine AD consumption along the period January 2010-December 2014.*

*It is a retrospective observational study of consumption of AD. The defined daily dose (DDD) method per 1000 inhabitants per day (DHDs) was used. The study included consumption of AD by outpatients along the period January 2010 to December 2014.*

*The result highlights that the total value of DHD showed an increase of 8 %. The most consumed AD during the period were sertraline and fluoxetine. A significant linear increase was observed in consumption of venlafaxine, citalopram, escitalopram and fluvoxamine. Consumption of AD in the pediatric population decreased by 66 %.*

*AD consumption measurement for the period January 2010-December 2014 provides an initial diagnosis of the situation at the Hospital Policial.*

### Key words

Antidepressants  
Defined daily dose  
Depression

### Autores

#### **Vania Teixeira\***

Química farmacéutica del Departamento de Farmacia de Sanidad Policial, Unidad de Farmacovigilancia. Estudiante de doctorado en Química, Facultad de Química.

#### **Yessica Imbriago\***

Química farmacéutica del Departamento de Farmacia de Sanidad Policial, Unidad de Farmacovigilancia.

#### **Estela Sarries**

Química farmacéutica. Directora del Departamento de Farmacia de Sanidad Policial.

Correspondencia:  
vteixeira@sanidadpolicial.gub.uy

\* Autoras principales

## Introducción

La depresión es un trastorno mental de gran prevalencia a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos depresivos unipolares ocuparon en 2004 el tercer lugar entre las causas de carga global de enfermedad y llegarán al primer lugar en 2030.<sup>1</sup> En el año 2012, la OMS estimó que afectaba a 350 millones de personas en el mundo, siendo un número alarmante para una enfermedad no transmisible. Una encuesta mundial de salud mental llevada a cabo por la OMS en 17 países reveló que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber presentado un episodio depresivo en el año previo.<sup>1-3</sup>

Entre los trastornos mentales que afectan a la población de América Latina y el Caribe, la depresión es el más común (5 %), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4 %), la distimia (1,7 %), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4 %), el trastorno de pánico y las psicosis no afectivas (1 % cada una), y el trastorno bipolar (0,8 %), entre otros. En América Latina y el Caribe el 5 % de la población adulta padece depresión y solamente entre un 40-45 % reciben el tratamiento que necesitan.<sup>4</sup>

La depresión puede conllevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de un millón de personas a nivel mundial, de las cuales un amplio porcentaje presenta depresión; en las Américas los suicidios llegan a 63.000 casos.<sup>4</sup>

Uruguay pertenece al grupo de países con indicadores más altos en materia de suicidio. Se encuentra entre de los países con más de 13 casos en cien mil habitantes, junto con Cuba, Guyana y los países de Europa Oriental. En Uruguay, en el año 2009 se constataron 537 suicidios: índice de 16,6 casos cada cien mil habitantes.<sup>5</sup>

El consumo de antidepresivos ha aumentado en diferentes países. Por ejemplo, en Estados Unidos para el período 2005-2008 el consumo de antidepresivos aumentó un 400 % respecto al período 1988-1994;<sup>6</sup> en España en el período 1985-1994 el consumo aumentó un 247 %<sup>7</sup> y en Chile aumentó un 470 % en el período 1992-2004.<sup>8</sup>

Los estudios de utilización de medicamentos son recomendados por la OMS y la metodología sugerida es la dosis diaria definida (DDD) expresada por 1000 habitantes (DHD), cuyas fórmulas de cálculo se detallan más adelante. Esta metodología permite comparar estudios de utilización de medicamentos no afectados por precios, presentaciones y tamaño de la población estudiada. La OMS también establece que el empleo de las DDD es de utilidad para el desarrollo de políticas que promuevan el uso racional de medicamentos, evaluar y modificar patrones de prescripción.<sup>9, 10</sup>

En Uruguay la información publicada referente al consumo de antidepresivos es escasa o desactualizada,<sup>11,12</sup> aun cuando se encuentra entre los países con elevada prevalencia de depresión.<sup>5</sup>

En este contexto, es necesario generar información vigente sobre la utilización de los antidepresivos a nivel nacional. Para colaborar con la actualización de la investigación en esta área y proporcionar un diagnóstico de situación, se plantea en este estudio evaluar el consumo de antidepresivos en el Hospital Policial de Montevideo. Este es un hospital de tercer nivel de atención, con 120.000 usuarios al año.

El objetivo de este trabajo es determinar el consumo de antidepresivos para el período 2010-2014.

## Material y método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo del consumo de antidepresivos (AD) utilizados en el Hospital Policial (Montevideo, Uruguay).

Los AD se clasificaron en tres grupos: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), tricíclicos (TC) y otros.

El estudio incluyó los consumos de AD de pacientes ambulatorios en el período enero 2010-diciembre 2014. Se incluyeron los consumos de AD utilizados en el Hospital Policial:

amitriptilina (TC), citalopram (ISRS), clomipramina (TC), duloxetina (otros), escitalopram (ISRS), fluoxetina (ISRS), fluvoxamina (ISRS), imipramina (TC), paroxetina (ISRS), sertralina (ISRS) y venlafaxina (otros). Los AD escitalopram, duloxetina, paroxetina y clomipramina no se encuentran en el vademécum institucional.

Se excluyó el consumo de bupropión, por no ser utilizado en ningún caso a nivel institucional en el tratamiento de trastornos depresivos.

Para obtener datos de consumo de AD no afectados por precios, presentaciones y tamaño de la población, se utilizó el método recomendado por la OMS de dosis diaria definida (DDD) por 1000 habitantes por día (DHD).

El número anual de pacientes se estimó como el número total de pacientes ambulatorios que realizó uno o más retiros de medicamentos en el Departamento de Farmacia en un año.

El número total de DDD consumidas para cada medicamento se obtuvo determinando el número total de miligramos consumidos de un medicamento en cada año (número de comprimidos de un producto específico dispensados a pacientes ambulatorios multiplicado por la cantidad de miligramos en cada comprimido) divididos por la DDD específica para cada medicamento según su clasificación ATC. El número total de DDD consumidas de cada medicamento se convirtió a 1000 habitantes por día (DHD).

$$\text{DHD} = \frac{\text{DDD}/1000 \text{ pacientes./día} = \text{N.º comp. anual} * \text{mg por comp.} * 1000 \text{ pacientes}}{\text{DDD (mg)} * \text{N.º pacientes anual} * 365 \text{ días}}$$

- N.º comp. anual = número total de comprimidos de todas las presentaciones que contengan el principio activo.
- mg por comp. = mg del principio activo en cada comprimido. En los casos de más de una dosis se utiliza el promedio de estas.
- DDD (mg) = dosis media diaria habitual de un medicamento cuando se utiliza para su indicación principal en adultos.<sup>9, 10</sup>
- N.º pacientes anual = número total de pacientes ambulatorios atendidos en el Hospital Policial en un año.

Se clasificaron los medicamentos según criterio internacional OMS ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System).<sup>13</sup> En esta clasificación, los medicamentos se dividen en catorce grupos de acuerdo con el órgano o sistema anatómico sobre el que actúan, los cuales se subdividen a su vez en dos niveles más que corresponden a subgrupos terapéuticos y farmacológicos.

Los datos de consumos de AD se obtuvieron de la base de datos de la farmacia del Hospital Policial y fueron convertidos en DHD empleando las DDD definidas por OMS para cada clasificación ATC estudiada.

Se discriminó las dispensaciones de AD en cada año por Servicio hospitalario.

Se graficó los valores de DHD de cada medicamento y grupo de AD en los años estudiados y los valores absolutos de dispensaciones ambulatorias de AD por cada policlínica, utilizando la planilla de cálculo Open Office Calc versión libre. Se analizó los datos estadísticamente utilizando el Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 20.

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Dirección Nacional de Sanidad Policial.

## Resultados

El consumo de AD en el período 2010-2014, expresado como DHD, presentó un aumento del 8 % en 2014 respecto a 2010 (41,6 en 2010 a 45,0 en 2014). Variación que se ajusta a un incremento lineal significativo ( $y=0,8886x-1744,8$ ;  $R^2= 0,801$ ;  $p<0,05$ ) (gráfico 1).

En la tabla 1 se puede visualizar que el grupo de AD con mayor consumo en el período estudiado es ISRS.

En la tabla 2 se visualiza las DHD por medicamento para cada año y el porcentaje que representa cada valor considerando como 100 % la suma de las DHD de todos los AD estudiados.

Los AD más consumidos en el período estudiado fueron la sertralina y fluoxetina (con un porcentaje promedio en el período de 68 % y 22 %, respectivamente, del consumo total). Sin embargo, se observó una tendencia lineal a la disminución del consumo de fluoxetina ( $y=-0,880x + 1781$ ;  $R^2= 0,977$ ;  $p<0,01$ ). El consumo de sertralina presentó variaciones menores al 3 % con respecto a su consumo promedio en el período estudiado. También se observó un incremento lineal en el consumo de venlafaxina ( $y=0,508x-1021, 5$ ;  $R^2= 0,959$ ;  $p<0,01$ ), citalopram ( $y=1,015x-2040, 6$ ;  $R^2= 0,917$ ;  $p<0,05$ ), escitalopram ( $y=0,019x-39,369$ ;  $R^2= 0,851$ ;  $p<0,05$ ) y fluvoxamina ( $y=0,085x-172,56$ ;  $R^2= 0,863$ ;  $p<0,05$ ). A su vez, se observa una tendencia no lineal al incremento en el consumo de amitriptilina, duloxetina y paroxetina y una tendencia no lineal a la disminución del consumo de imipramina. En el gráfico 1 se muestra la evolución de las DHD de todos los AD estudiados y la recta de ajuste de las DHD totales.

Se extrajeron datos de un total de 56 servicios hospitalarios que por lo menos prescribieron un AD en el período evaluado. El estudio se enfocó en aquellos servicios que individualmente involucraron la mayoría de las prescripciones de AD por año. Estos son: Psiquiatría, Medicina General, Geriatria, Emergencia, Neurología, Servicios Pediátricos (incluyen Pediatría, Psiquiatría Pediátrica y Neuropediatria).

La mayoría de las prescripciones de los AD en el período estudiado corresponde al Servicio de Psiquiatría (gráfico 2 y tabla 3). En todos los servicios el principal grupo de AD prescrito fue el de ISRS durante el período estudiado, con excepción del Servicio de Neurología, en el cual predominó la prescripción del grupo de los TC durante los años 2013 y 2014 (tabla 4). Como se puede visualizar en la tabla 4, sertralina fue el AD ISRS con mayor prescripción en todos los servicios durante el período estudiado, con excepción del Servicio de Neurología, cuya principal prescripción de AD fue amitriptilina, AD tricíclico.

En el gráfico 2 se observa la evolución de las prescripciones de AD por servicio en el período estudiado. El Servicio de Psiquiatría presenta un 63 % del total de las prescripciones de AD en el período estudiado. A su vez se observó un incremento lineal de las prescripciones de AD en el Servicio de Psiquiatría ( $y=487,5x-963474$ ;  $R^2=0,9357$ ;  $p<0,01$ ) y Geriatria ( $y=325,1x-653407$ ;  $R^2=0,9784$ ;  $p<0,01$ ). Existe una disminución no lineal en las prescripciones de AD en los servicios pediátricos, del 66 % para el año 2014 con respecto a 2010. La tabla 3 muestra las prescripciones totales de AD por servicio en los años evaluados.

Gráfico 1 | Evolución de DHD de los AD estudiados en el tiempo

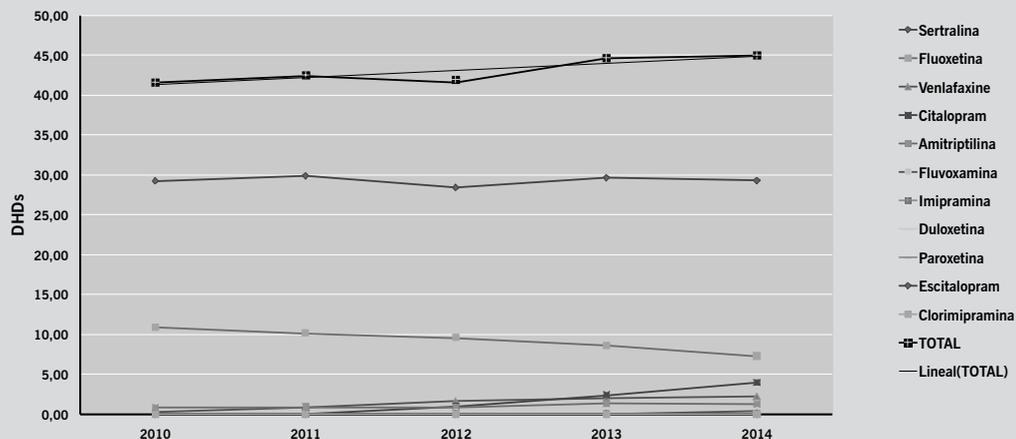


Tabla 1 | Valores de DHD por grupo de AD en el período estudiado

|       | Año 2010 | Año 2011 | Año 2012 | Año 2013 | Año 2014 |
|-------|----------|----------|----------|----------|----------|
| TC    | 1,0      | 1,1      | 0,99     | 1,48     | 1,4      |
| ISRS  | 40,3     | 40,4     | 39,22    | 41,02    | 41,1     |
| OTROS | 0,3      | 1,0      | 1,70     | 2,11     | 2,5      |
| TOTAL | 41,6     | 42,5     | 41,9     | 44,6     | 45,0     |

Tabla 2 | Valores de DHD y sus porcentajes relativos al total

| AD            | 2010  |      | 2011  |      | 2012  |      | 2013  |      | 2014  |       |
|---------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|
|               | DHD   | %     |
| Sertralina    | 29,27 | 70,4 | 29,91 | 70,4 | 28,45 | 67,9 | 29,67 | 66,5 | 29,29 | 65,10 |
| Fluoxetina    | 10,91 | 26,2 | 10,11 | 23,8 | 9,54  | 22,8 | 8,59  | 19,3 | 7,27  | 16,16 |
| Venlafaxina   | 0,30  | 0,7  | 0,84  | 2,0  | 1,65  | 3,9  | 2,01  | 4,5  | 2,26  | 5,01  |
| Citalopram    | 0,05  | 0,1  | 0,18  | 0,4  | 0,97  | 2,3  | 2,44  | 5,5  | 3,99  | 8,87  |
| Amitriptilina | 0,86  | 2,1  | 1,02  | 2,4  | 0,92  | 2,2  | 1,39  | 3,1  | 1,32  | 2,94  |
| Fluvoxamina   | 0,02  | 0,1  | 0,13  | 0,3  | 0,22  | 0,5  | 0,19  | 0,4  | 0,42  | 0,93  |
| Imipramina    | 0,12  | 0,3  | 0,11  | 0,3  | 0,08  | 0,2  | 0,09  | 0,2  | 0,08  | 0,17  |
| Duloxetina    | 0,00  | 0,0  | 0,15  | 0,3  | 0,05  | 0,1  | 0,10  | 0,2  | 0,22  | 0,48  |
| Paroxetina    | 0,07  | 0,2  | 0,06  | 0,1  | 0,03  | 0,1  | 0,07  | 0,2  | 0,07  | 0,16  |
| Escitalopram  | 0,00  | 0,0  | 0,00  | 0,0  | 0,01  | 0,0  | 0,05  | 0,1  | 0,07  | 0,16  |
| Clomipramina  | 0,00  | 0,0  | 0,00  | 0,0  | 0,00  | 0,0  | 0,00  | 0,0  | 0,01  | 0,01  |

Gráfico 2 | Unidades prescritas por diferentes servicios en los 5 años estudiados

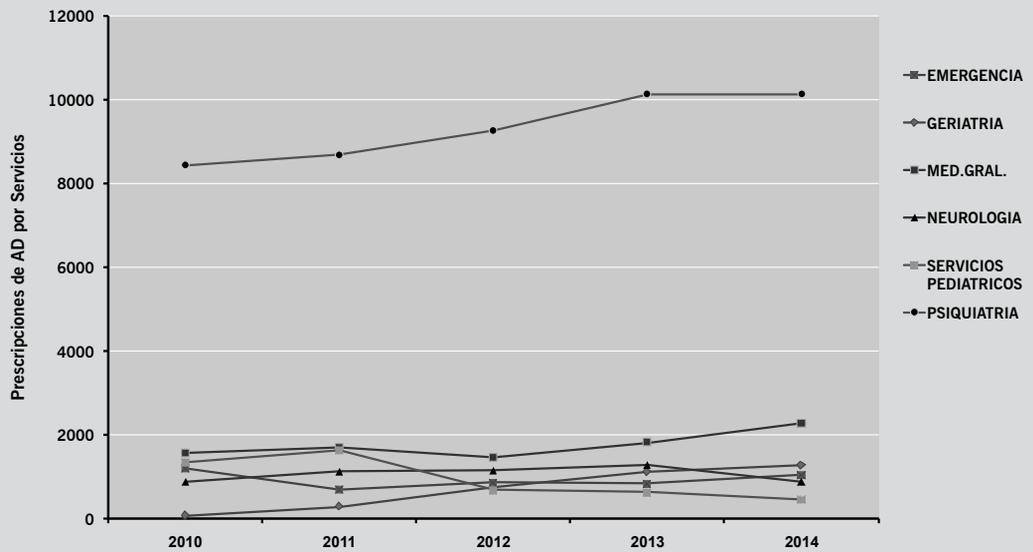


Tabla 3 | Número de prescripciones de AD por diferentes servicios en el período estudiado

| SERVICIO              | 2010 | 2011 | 2012 | 2013  | 2014  |
|-----------------------|------|------|------|-------|-------|
| EMERGENCIA            | 1199 | 691  | 856  | 821   | 1039  |
| GERIATRÍA             | 65   | 281  | 736  | 1112  | 1275  |
| MEDICINA GENERAL      | 1565 | 1686 | 1462 | 1806  | 2278  |
| NEUROLOGÍA            | 897  | 1118 | 1157 | 1281  | 878   |
| PSIQUIATRÍA           | 8430 | 8685 | 9271 | 10126 | 10127 |
| SERVICIOS PEDIÁTRICOS | 1337 | 1631 | 674  | 621   | 456   |

Tabla 4 | AD y grupo de ad con mayor prescripción discriminados por servicio

|                       |       | 2010          | 2011          | 2012          | 2013          | 2014          |
|-----------------------|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| PSIQUIATRÍA           | AD    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    |
|                       | %     | 50,0          | 50,6          | 47,8          | 46,1          | 43,4          |
|                       | GRUPO | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          |
|                       | %     | 94,1          | 91,4          | 89,1          | 87,2          | 85,1          |
| EMERGENCIA            | AD    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    |
|                       | %     | 53,9          | 53,3          | 52,7          | 52,7          | 47,9          |
|                       | GRUPO | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          |
|                       | %     | 91,1          | 93,6          | 93,7          | 88,1          | 84,8          |
| MED. GRAL.            | AD    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    |
|                       | %     | 62,6          | 55,6          | 53,5          | 55,4          | 52,1          |
|                       | GRUPO | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          |
|                       | %     | 97,5          | 89,9          | 91,2          | 89,8          | 90,5          |
| NEUROLOGÍA            | AD    | AMITRIPTILINA | AMITRIPTILINA | AMITRIPTILINA | AMITRIPTILINA | AMITRIPTILINA |
|                       | %     | 39,0          | 47,3          | 46,5          | 65,2          | 76,9          |
|                       | GRUPO | ISRS          | ISRS          | ISRS          | TRICÍCLICOS   | TRICÍCLICOS   |
|                       | %     | 60,5          | 50,8          | 52,9          | 65,2          | 76,9          |
| GERIATRÍA             | AD    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    |
|                       | %     | 55,4          | 89,7          | 76,1          | 72,3          | 66,4          |
|                       | GRUPO | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          |
|                       | %     | 98,5          | 100,0         | 98,0          | 94,2          | 92,5          |
| SERVICIOS PEDIÁTRICOS | AD    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    | SERTRALINA    |
|                       | %     | 60,1          | 62,3          | 70,3          | 69,6          | 69,1          |
|                       | GRUPO | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          | ISRS          |
|                       | %     | 95,8          | 95,0          | 98,0          | 94,2          | 95,0          |

## Discusión

El presente trabajo corresponde a un estudio de utilización de AD para el período 2010-2014 en un hospital de tercer nivel de Uruguay, empleando la metodología recomendada por OMS.<sup>13</sup>

Para el período estudiado se aprecia una tendencia al aumento en las DHD totales de los AD. Esta tendencia es concordante con la realidad de otros países; sin embargo, el aumento observado (8 % para 2014 respecto a 2010) es de menor magnitud.<sup>7-9</sup> Esto podría estar vinculado a que el período evaluado fue de cuatro años, tiempo relativamente corto para contemplar tendencias. Otra consideración importante a destacar es que se trata de un estudio de consumo ambulatorio de una institución hospitalaria, por lo que no es extrapolable a población regional ni nacional.

De acuerdo con lo mencionado en el párrafo anterior, se observó un aumento lineal estadísticamente significativo en la utilización de AD para el período estudiado, que podría explicarse por la alta tasa de incidencia y prevalencia de la depresión en el mundo y en Uruguay.<sup>2, 4, 5</sup> También es importante destacar que los AD de segunda generación son ampliamente utilizados en sustitución de las benzodiazepinas para el tratamiento de algunas patologías como, por ejemplo, trastornos de ansiedad.<sup>14, 15</sup> Así como también para el tratamiento del dolor crónico, como dolor músculo-esquelético y neuropático y algunas formas de migraña.<sup>8</sup>

El grupo de AD más consumido en la institución es el de los ISRS. Se ha observado consumos similares en Chile,<sup>8</sup> Francia,<sup>16</sup> España,<sup>7</sup> Estados Unidos.<sup>17</sup> En los estudios de estos países, el AD con mayor consumo

ha sido la fluoxetina; sin embargo, para el período estudiado en nuestra institución el perfil de prescripción ha sido diferente, con una mayoría en el consumo de sertralina de hasta tres órdenes respecto de los otros AD (gráfico 1 y tabla 2). Se observó también para este período una tendencia lineal a la disminución, significativamente estadística, en el consumo de fluoxetina. Posiblemente una de las causas incidentes podría ser el hecho de que la fluoxetina presenta mayores interacciones que la sertralina, dado que es inhibidor potente de enzimas hepáticas metabolizadoras y presenta una vida media de eliminación muy superior a la de sertralina.<sup>18,19</sup>

El aumento en el consumo de los AD venlafaxina, citalopram y escitalopram, como se observa en el gráfico 1 y en la tabla 2, podría verse asociado con la bibliografía científica publicada referente a la efectividad de estos fármacos.<sup>20-22</sup> El escitalopram es un medicamento no incluido en el vademécum institucional. El incremento en su consumo puede asociarse con su reciente incorporación en el mercado uruguayo y el aumento de publicaciones referentes a la mayor efectividad del escitalopram frente a su mezcla racémica citalopram.<sup>23-25</sup> Fluvoxamina también ha presentado un aumento en su consumo, aunque de menor orden en relación con venlafaxina, citalopram y escitalopram.

Los AD TC presentan un consumo minoritario frente a los ISRS, concordante con los mayores efectos adversos de los TC debido a su acción sobre los receptores colinérgicos e histaminérgicos.<sup>19, 26</sup> Entre los TC el AD con mayor consumo ha sido la amitriptilina, con prescripciones provenientes del Servicio de Neurología (tabla 4), relacionado esto con el uso de amitriptilina en indicaciones de dolor crónico y efecto sedante.<sup>26</sup>

De acuerdo con lo observado en el gráfico 2 y la tabla 3, el servicio con mayores prescripciones de AD es el Servicio de Psiquiatría.

El Servicio de Geriátrica ha aumentado el consumo de AD en el período estudiado, pero este aumento podría no ser representativo

del consumo de AD por la población geriátrica, dado que en este período ha incrementado el número de médicos especialistas en Geriátrica en la institución.

En el gráfico 2 y en la tabla 3 también se aprecia una disminución del 66 % en las prescripciones de AD para la población pediátrica. Esto podría estar influenciado por las publicaciones científicas controversiales sobre la seguridad y eficacia en el uso de AD en la población joven.<sup>27-30</sup> Existe un debate en relación con el aumento de comportamientos suicidas, hostilidad y disminución del crecimiento en la población joven.<sup>27-30</sup>

Las prescripciones de AD provenientes del Servicio de Emergencia podrían adjudicarse en gran porcentaje a la repetición del medicamento en pacientes en tratamiento que no acceden a la consulta con su médico tratante. Es de destacar que recientemente se ha definido un vademécum institucional para el Servicio de Emergencia, en el que no se incluyen los AD.

El presente estudio cuenta con limitaciones: 1) el consumo de AD es indirecto (los datos se obtuvieron como dispensaciones de AD a pacientes ambulatorios), por tanto no son datos de consumo real; 2) el período evaluado no es muy prolongado y se trata de un estudio monocéntrico, por lo que los datos no son directamente trasladables a un estado de situación nacional; 3) las DDD podrían no ser representativas de las dosis efectivamente empleadas en poblaciones especiales, como pacientes pediátricos o geriátricos; 4) se estimó el número de pacientes ambulatorios atendidos en un año como el número de pacientes que retiraron uno o más medicamentos desde el Departamento de Farmacia del hospital; 5) el estudio no contempla la indicación en la que los medicamentos son utilizados. Fue excluido de forma inicial el bupropión, ya que es indicado en el cien por ciento de los casos en tratamientos no asociados a la depresión. Sin embargo, otros medicamentos incluidos en el estudio son utilizados en indicaciones diferentes al tratamiento de la depresión, y

la proporción de este uso no fue determinada. El presente estudio brinda un diagnóstico de situación que puede ser utilizado en el plan-teamiento de nuevas hipótesis que conduzcan a la realización de otros estudios que evalúen la prescripción en función de la indicación de estos medicamentos.

## Conclusiones

La medición del consumo de AD para el período enero 2010-diciembre 2014 proporciona un diagnóstico inicial de situación en la población ambulatoria del Hospital Policial. Se pretende continuar con el trabajo con el fin de colaborar con el uso racional de medicamentos y la generación de información actualizada a nivel nacional.

## Agradecimientos

A la Dirección Nacional de Sanidad Policial.  
Al director del Departamento de Salud Mental del Hospital Policial, Dr. Osmio Curbelo.  
Al Comité de Ética del Hospital Policial.

## Referencias bibliográficas

1. World Federation for Mental Health (WFMH). Depresión: una crisis global. Día Mundial de la Salud Mental 2012. Disponible en: <<http://www.infocoponline.es/pdf/DMSaludMentalDepresion.pdf>>. (Consulta: 12/11/2014.)
2. World Health Organization (WHO). Sixty-fifth World Health Assembly: daily notes on proceedings 2012. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html>>. (Consulta: 13/11/2014.)
3. World Health Organization. World suicide prevention day. Disponible en: <[http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_suicide\\_prevention\\_day/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/)>. (Consulta: 13/11/2014.)
4. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Disponible en: <[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&task=view&id=587](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=view&id=587)>. (Consulta: 13/11/2014.)
5. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Uruguay es el país que ostenta la segunda tasa de suicidio más alta de América del Sur. Disponible en: <[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&task=view&id=181&Itemid=245](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=view&id=181&Itemid=245)>. (Consulta: 13/11/2014.)
6. Pratt LA, Brody DJ, Gu Q. Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2005-2008. Disponible en: <<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db76.pdf>>. (Consulta: 13/11/2014.)
7. Alonso MP, De Abajo FJ, Martínez JJ, Montero D, Martín-Serrano G, Madurga M. Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Med Clin (Barc) 1997; 108:161-166.
8. Jirón M, Machado M, Ruiz I. Consumo de antidepresivos en Chile entre 1992 y 2004. Rev Med Chile 2008; 136:1147-1154. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000900009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000900009&script=sci_arttext)>. (Consulta: 13/11/2014.)
9. Bergman U, Grimsson A, Wahba AHW, and Westerholm B (eds). Studies in drug utilization: methods and Applications. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1979 (WHO Regional Publications, European Series N.º 8).
10. Busto UE, du Souich P, Erill S, Naranjo CA, Ogilvie RL. Métodos de farmacología clínica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992, pp. 351-365.
11. Lista Varela A. Nuevos antidepresivos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Su impacto en el manejo de la depresión. Rev Med Urug 1994; 10:178-184.

12. **Riva Fortunato JA, Servente Luquetti LT, Falcón de Vicente HA, Bernardi Paulos RE.** Uso de psicofármacos en población internada en un hospital universitario de adultos. *Rev Med Urug* 2000; 16(3):201-211.
13. **World Health Organization.** ATC classification index with DDDs: Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Disponible en: <[http://www.whooc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whooc.no/atc_ddd_index/)>. (Consulta: 30/11/2014.)
14. **Hansen RA, Gaynes BN, Gartlehner G, Moore CG, Tiwari R, and Lohr KN.** Efficacy and tolerability of second-generation antidepressants in social anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23(3):170-179.
15. **Švab V, Šubelj M, Vidmar G.** Prescribing changes in anxiolytics and antidepressants in Slovenia. *Psychiatr Danub* 2011; 23(2):178-182.
16. **Olie JP, Elomari F, Spadone C, Lepine JP.** Antidepressants consumption in the global population in France. *Encéphale* 2002; 28:411-417.
17. **Ma J, Lee KV, Stafford RS.** Depression treatment during outpatient visits by US children and adolescents. *J Adolesc Health* 2005; 37:434-442.
18. **Mitchell PB.** Drug interactions of clinical significance with selective serotonin reuptake inhibitors. *Drug Saf* 1997; 17:390-406.
19. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: The treatment and management of depression in adults (update edition). NICE Clinical Guidelines, N.º 90. Leicester (UK): The British Psychological Society, 2010.
20. **LLorca PM, Fernández JL.** Escitalopram in the treatment of major depressive disorder: clinical efficacy, tolerability and cost-effectiveness vs. venlafaxine extended-release formulation. *Int J Clin Pract* 2007; 61:702-710.
21. **Kirino E.** Escitalopram for the management of major depressive disorder: a review of its efficacy, safety, and patient acceptability. *Patient Prefer Adherence* 2012; 6:853-861.
22. **Nemeroff CB, Thase ME.** A double-blind, placebo-controlled comparison of venlafaxine and fluoxetine treatment in depressed outpatients. *J Psychiatr Res* 2007; 41:351-359.
23. **Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al.** Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373:746-758.
24. **Annemans L, Brignone M, Druais S, De Pauw A, Gauthier A, Demyttenaere K.** Cost-effectiveness analysis of pharmaceutical treatment options in the first-line management of major depressive disorder in Belgium. *PharmacoEconomics* 2014; 32:479-493.
25. **Wu EQ, Ben-Hamadi R, Lu M, Beaulieu N, Yu AP, Erder MH.** Treatment persistence & health care costs of adult MDD patients treated with escitalopram vs. citalopram in a medicaid population. *Manag Care* 2012; 21(1):49-58.
26. **Travé Rodríguez AL, Reneses Sacristán A.** Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2002; 26(1):1-8.
27. **Iruela Cuadrado LM, Picazo Zappino J, Peláez Fernández C.** Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2009; 33(2):35-38.
28. **Comer JS, Olfson M, Mojtabai, R.** National trends in child and adolescent psychotropic polypharmacy in office-based practice, 1996-2007. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:1001-1010.
29. U.S. Food and Drug Administration. FDA Public Health Advisory: suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications. Disponible en: <<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm161679.htm>>. (Consulta: 21/1/2015.)
30. **Goldsmith M, Singh M, Chang K.** Antidepressants and psychostimulants in pediatric populations: is there an association with mania? *Paediatr Drugs* 2011; 13:225-43.